

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN LA ETAPA PREDIÁLISIS

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

2020/2021

Autora: Lorena García Oliva

Tutora académica: Pilar Palazuelos

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
METODO	9
RESULTADOS	14
1. Actividad enfermera en la consulta	14
2. Características de los pacientes con ERCA.....	20
3. Calidad de vida de los enfermos con ERCA	21
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXO I.....	35
ANEXO II	38

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública, siendo una de las enfermedades con mayor morbilidad y mortalidad. Se define ERC avanzada como aquella etapa donde la filtración glomerular es menor a 30 ml/min/1,73 m². El tratamiento consiste en la disminución de la progresión de la enfermedad y las terapias renales sustitutivas. Para frenar el deterioro de la función renal, existen consultas específicas donde la enfermera tiene un papel autónomo y clave.

Objetivos: Describir la actividad enfermera en la consulta para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en la etapa prediálisis. Secundariamente describir el proceso de elección de tratamiento, caracterizar estos pacientes y su calidad de vida.

Método: Se lleva a cabo una revisión narrativa en las bases de datos de Pubmed, Cinhal, Scielo y Cuiden.

Resultados: Las actividades están relacionadas con el retraso de la progresión de la enfermedad, centradas en mejorar los conocimientos del paciente, los síntomas, el régimen terapéutico, prevención de complicaciones y asesoramiento en los tratamientos, mejorando su calidad de vida. El perfil de los pacientes es de adulto con edad media de 65 años, obesidad o sobrepeso y comorbilidades (diabetes, hipertensión...).

Conclusiones: La actividad enfermera es eficaz para retrasar el progreso de la ERCA aumentando la autonomía del paciente. Se muestran datos positivos en el alivio de la enfermedad, de disminución de la morbilidad y mortalidad, de los ingresos hospitalarios y de reducción del gasto sanitario. A pesar de su utilidad, hay poca bibliografía que abarque la actividad enfermera en la fase prediálisis.

Palabras clave: *Insuficiencia Renal Crónica, Terapia de Reemplazo Renal, Toma de Decisiones, Enfermería, Calidad de Vida, Prediálisis, Enfermedad Renal Crónica Avanzada.*

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is one of main public health problems, becoming one of the diseases with the highest morbidity and mortality rates. Advanced CKD is defined as that stage of the disease where glomerular filtration rate is less than 30 ml/min/1,73 m². Treatment consists of slowing disease progression and, in ultimate state, the renal replacement therapies. To postpone deterioration of renal function, specific consultations have been created, where the nurse has an autonomous and important role.

Objective: To describe the nursing activity in advanced chronic kidney disease (ACKD) consultations in predialysis stage. Secondly, to describe the process of treatment choice, characterise these patients and their quality of life.

Method: Literature review conducted in the databases of Pubmed, Cinhal, Scielo and Cuiden.

Results: Activities are related with delaying the progression of the disease, focusing on improving patient's knowledge, symptoms, therapeutic regimen, prevention of complications and give advice and support on treatments, improving their quality of life. The profile of these patients is an adult, with an average age of 65 years, obesity or overweight, and comorbidities (diabetes, hypertension...).

Conclusions: Nursing activity is effective in delaying the progress of the ACKD, by increasing patient's autonomy. Positive data have been reported on the alleviation of the burden of disease, reduction of morbimortality rates, hospital admissions and health care costs associated with these patients. Despite its usefulness, there isn't enough literature covering nursing activity in the predialysis phase.

Key words: *Chronic Renal Insufficiency, Renal Replacement Therapy, Decision Making, Nursing, Quality of Life, Predialysis, Advanced Chronic Kidney Disease.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. La incidencia y prevalencia aumentan cada año, siendo una de las enfermedades con mayor morbilidad del mundo. Su importancia epidemiológica radica en dos factores (1): el primero es que los tratamientos sustitutivos renales para ERC avanzadas afectan sólo a un 1% de la población que sufre esta enfermedad y, sin embargo, son unos de los más costosos de las enfermedades crónicas actuales; y el segundo es que está asociado a otros problemas de salud muy relevantes, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares.

En 2017 se detectaron 697,5 millones de casos de ERC en el mundo, de los cuales un tercio residen mayoritariamente en China e India, siendo la prevalencia global de esta enfermedad en ese mismo año de un 9,1%. Los fallecimientos por ERC en el mundo fueron de 1,2 millones en 2017, siendo mayores que los causadas por otras enfermedades como la tuberculosis y el VIH, e igualando las cifras de muertes por accidentes de tráfico. El único tratamiento efectivo para esta enfermedad son las terapias sustitutivas renales (TSR). Así pues, desde 1990 ha crecido la disponibilidad de TRS en un 43%; en 2017 el número de personas recibiendo este tratamiento superaba los 2,5 millones y se tiene previsto que se doble esa cantidad hacia 2030, se estima que morirán entre 2,3 y 7,1 millones de adultos prematuramente en países donde no hay acceso a este tipo de terapias. En relación con esta inequidad, se han descrito diferencias de prevalencia notables relacionadas con las áreas geográficas, siendo países como Samoa, El Salvador, México o Filipinas los países con un mayor incremento de casos. Esto se debe, al limitado acceso a las terapias sustitutivas renales y al aumento de otras enfermedades crónicas con elevada incidencia como son la diabetes y la hipertensión, que actúan como factores de riesgo en estos pacientes. También se distinguen diferencias, respecto al género y al nivel económico de los países, que hace que no toda la población, tenga el mismo acceso al tratamiento. En Europa la prevalencia de ERC sigue el mismo patrón y oscila entre el 3,3% en Noruega y el 17,3% en el noreste de Alemania (2).

En España, según el estudio de prevalencia realizado por Gorostidi, et al. (1), se pueden observar datos por encima de la media global con una prevalencia del 15,1%, siendo esta, tres veces superior en varones, y aumentando considerablemente con la edad. Estos datos, han sido más elevados que en el estudio previo EPIRCE sobre la Epidemiología de la

Insuficiencia Renal Crónica en España, aumentando a un 15,1% del 9,2% descrito en 2010, lo que indica, que los casos están incrementándose considerablemente con los años y que están por encima de la media europea.

Para llegar a entender el alcance de la enfermedad, es importante saber cómo es la fisiología del riñón y cuáles son sus funciones (3). Cualquier alteración en alguna de estas funciones llevará a complicaciones en el organismo. De manera muy resumida las funciones básicas son:

- Eliminación de productos de desecho: pueden ser desechos metabólicos o sustancias tóxicas para el organismo como químicos o fármacos.
- Regulación y mantenimiento del volumen, así como de la homeostasis del organismo: mediante la excreción y secreción de productos, como son el sodio y el agua, y la regulación de iones a nivel plasmático de calcio, potasio, cloro y fósforo.
- Regulación del equilibrio ácido-base: para mantener el pH sanguíneo.
- Síntesis de hormonas: principalmente la eritropoyetina (EPO), la renina o el calcitriol. La primera es la encargada de la eritropoyesis; la segunda es la enzima responsable de activar el sistema renina-angiotensina-aldosterona y mantiene la presión sanguínea; y el tercero se encarga de la síntesis de vitamina D.

Aunque el término “función renal” englobe todas las actividades mencionadas anteriormente, mantener la homeostasis del cuerpo, depurando las sustancias circulantes en la sangre, sería el concepto principal, y de esto se encarga la nefrona, en concreto el glomérulo, que es una red extensa de capilares que se encargan del filtrado de la sangre. Cada día los riñones procesan una gran cantidad de volumen, unas 60 veces todo el plasma sanguíneo. Para impedir la pérdida de líquidos se produce el filtrado glomerular (3), de manera que la orina sólo contiene un 1% del líquido filtrado, asegurando que no se eliminan iones y metabolitos útiles para el organismo. A través de un proceso pasivo de filtrado, las moléculas de pequeño tamaño como pueden ser agua, la glucosa, aminoácidos y desechos nitrogenados traspasan la membrana de los capilares, mientras que moléculas más complejas permanecen en el plasma sanguíneo. Al ser un proceso físico, se rige por presiones y está condicionado principalmente por la presión hidrostática capilar, que es la fuerza que realiza la sangre contra la pared del capilar que hace de filtro. Esta presión debe ser constante para garantizar una buena filtración, y está estrechamente condicionada por la presión sanguínea sistémica. Por ello, el filtrado está regulado por

controles intrínsecos que, ante aumentos de la presión arterial (PA), mantienen el flujo renal, aunque no lo consiguen ante descensos bruscos de presión, que cesa los controles internos y con ello el filtrado. Para cuantificar el filtrado glomerular por minuto que se produce en ambos riñones, se utiliza la tasa de filtración glomerular (TFG), que suele ser de unos 125 mL/min, en hombres, y 105 mL/min, en mujeres.

Según Gutiérrez Sanchez, (4) y basándose en las guías Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) y Kidney Disease Improving Global Outcomes 2012 (KDIGO) se define ERC como la presencia, durante al menos tres meses, de un filtrado glomerular (FG) inferior a 60ml/min/1,73 m² y lesión renal, definida como anormalidades en la estructura o función del riñón que pueda afectar al FG. Según las causas, el filtrado glomerular y la albuminuria la ERC se puede clasificar en:

- Estadio 1. Daño renal con $FG \geq 90$ o FG normal
- Estadio 2. Daño renal con ligero descenso de FG, 60-89 ml/min/1,73 m²
- Estadio 3. Descenso moderado de FG, 30-59 ml/min/1,73 m²
- Estadio 4. Descenso grave del FG, 15-29 ml/min/1,73 m²
- Estadio 5. Fallo renal, $FG < 15$ ml/min/1,73 m².

Es importante mencionar, que la enfermedad renal permanece asintomática en los primeros estadios, de manera que la asociación de factores de riesgo, el tiempo y la edad favorecen el descenso de la función glomerular y la aparición de complicaciones. Según la National Kidney Foundation (NFK) existen elementos de riesgo en cada una de las fases de la enfermedad. Algunos pueden ser causa de daño renal, como es el caso de las infecciones sistémicas o urinarias, enfermedades autoinmunes o litiasis renal; y otros factores pueden ser iniciadores y también progresivos de la enfermedad, ya que aumentan la lesión renal y aceleran su deterioro (5). En este grupo se encuentran enfermedades tan prevalentes en la sociedad como la hipertensión arterial o la diabetes mal controlada, el tabaquismo, la dislipemia, las enfermedades cardiovasculares o la obesidad. Por este motivo, las guías recomiendan hacer un cribado desde Atención Primaria a aquellas personas hipertensas, con diabetes mellitus tipo 2, o con alguna enfermedad cardiovascular establecida; así como a todos los mayores de 60 años y pacientes tratados con medicación nefrotóxica, con antecedentes de neoplasias, enfermedades autoinmunes o infecciones crónicas, haciendo un control al menos anual del filtrado glomerular y la albuminuria.

El diagnóstico de ERC está basado en la estimación del FG, mediante ecuaciones obtenidas en función de la concentración de creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia. Las más utilizadas son las derivadas del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD-4 o MDRD-IDMS) y la ecuación CKD-EPI (Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration) (6) (Anexo I, tabla 1). Esta última, presenta mayor exactitud que la anterior. Estas ecuaciones están basadas en una superficie corporal estándar de 1,73 m², de manera, que no sería correcto su uso, en personas con peso corporal extremo, malnutrición o amputaciones. Para evaluar la lesión renal, también se observa la presencia de proteínas en la orina, ya que muestra progresión de ERC, en concreto la albuminuria, que no sólo muestra daño renal sino sistémico y es predictor de mortalidad independientemente del valor de FG.

Por ello, la organización internacional KDIGO ha instaurado una forma diferente de estadiaje, en función del FG y de la albuminuria (Anexo I, tabla 2), medida a través del cociente albúmina/creatinina (CAC), por el cual establece los 5 estadios clásicos en función del filtrado que se complementan con 3 categorías en función del CAC: A1 valores normales; A2 valores moderadamente aumentados y A3 valores muy aumentados, como viene recogido en el documento de consenso de la Sociedad Española de Nefrología sobre la detección y el manejo de la enfermedad renal crónica (5).

En función de este nuevo estadiaje, el criterio general de derivación al especialista en Nefrología (Anexo I, tabla 3) será pacientes con FG < 30 ml/min/1,73 m², excepto mayores de 80 años sin progresión renal, y/o CAC > 300 mg/g que equivale a proteinuria > 300 mg/24 h. Además, se derivarán aquellos pacientes en los que haya un deterioro grave de la filtración mayor del 25% en el último mes, progresión de la enfermedad con un FG disminuido > 5 ml/min en el último año que presenten proteinuria, hipertensión refractaria y anemia renal. En este documento de consenso, también se establece la frecuencia, con la que el profesional debe hacer el seguimiento en función de la fase en el que se halle el paciente.

Una vez derivados, los pacientes en los estadios IV y V se encuentran en una situación de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), que llegan al especialista con un filtrado glomerular < 30 ml/min y entran directamente a la consulta ERCA (7), formada por un equipo multidisciplinar, compuesto generalmente por un nefrólogo, una enfermera y un nutricionista. El objetivo de estas consultas es asegurar el autocuidado y la autonomía del paciente, involucrando tanto a la persona como a su entorno familiar en el proceso, con

la finalidad de mejorar su estado de salud y preservar, en la medida de lo posible, su función renal para prorrogar el inicio de la terapia renal sustitutiva, y que cuando llegue el momento estén preparados y sea una elección realizada por el propio paciente. De manera que es fundamental el proceso hasta llegar a la elección de TRS para luego una mejor adaptación y aceptación del tratamiento. En un artículo de la Revista de Nefrología publicado por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) (8) refieren que, para poder llevar a cabo los objetivos mencionados, la enfermera de esta consulta debe tener formación específica como enfermera nefrológica y que requiere haber permanecido un mínimo de tiempo en cada unidad para poder aconsejar y ayudar al paciente; necesita una agenda independiente de la del médico, un espacio propio para poder llevarla a cabo y una línea telefónica exclusiva para contactar con los pacientes y estos con la enfermera. Este proceso se lleva a cabo a través de entrevistas clínicas, así pues, la enfermera entrevistadora, debe tener una serie de cualidades, entre ellas la empatía, la calidez y la concreción para delimitar los objetivos, el respeto y el asertividad.

En relación con las terapias renales sustitutivas hay dos variantes, la diálisis y el trasplante renal. La diálisis (9) consiste en el filtrado sanguíneo, a través de una membrana, que consigue depurar los productos tóxicos y de desecho, y el exceso de líquido que el riñón no consigue eliminar. Tiene dos modalidades: en el caso de la hemodiálisis (HD), esta depuración se realiza a través de una máquina, en la que un filtro actúa de membrana, donde el paciente se conecta durante tres o cuatro horas diarias varios días a la semana según la prescripción, puede ser en el domicilio o en un centro u hospital; en el caso de la diálisis peritoneal (DP), técnica que utiliza el peritoneo como membrana dializadora, se infunde un líquido dentro de esta cavidad que transporta los solutos y agua de la sangre a la solución de diálisis. Este intercambio debe realizarse varias veces al día y existen múltiples técnicas, que se pueden dividir en continuas o intermitentes, y manuales, realizadas por el propio paciente, familiar o enfermera; o asistidas por una máquina o cicladora. (10) Para ambos tipos de diálisis es necesario un acceso vascular quirúrgico que necesitará cuidados específicos. La otra opción de terapia renal sustitutiva es el trasplante, donde el riñón puede ser donado por una persona viva o fallecida. Actualmente, se está favoreciendo el incremento del trasplante renal anticipado, aunque no todos los individuos son candidatos a trasplante (11), mayores de 50 años con riesgo cardiovascular y alta comorbilidad pueden no ser considerados buenos receptores.

En un estudio reciente sobre calidad de vida (9) en la enfermedad renal crónica, se muestra que hay un deterioro muy marcado en la calidad de vida de estos pacientes, empeorando su función física y teniendo mayores dificultades para efectuar las actividades básicas de la vida diaria. Este deterioro se produce por la disminución de la función renal, por las patologías asociadas a esta y las complicaciones de encontrarse en las últimas fases de la enfermedad.

Debido a la alta prevalencia de la enfermedad, a su tardío diagnóstico, que provoca grandes limitaciones en el estilo de vida de las personas que lo sufren y al papel tan importante que tiene la enfermería en esta etapa donde se trabaja de manera autónoma, es relevante hacer esta revisión. Los objetivos que se quieren conseguir con el presente trabajo son:

Objetivo principal:

Revisar la evidencia científica sobre la actividad enfermera en la consulta ERCA para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (estadios IV y V) en la etapa prediálisis.

Objetivos secundarios:

- Describir el proceso de elección de tratamiento renal.
- Caracterizar a los pacientes que sufren enfermedad renal crónica avanzada.
- Describir la calidad de vida de estos pacientes

METODO

Se realiza una revisión narrativa consultando artículos en cuatro bases de datos: Pubmed, Cinhal, Scielo y Cuiden. (tablas 2-5).

El periodo de consulta tuvo lugar entre los meses de febrero y abril de 2021. La búsqueda se realizó utilizando lenguaje controlado, usando los tesauros Medical Subject Headlines (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), así como también términos en lenguaje libre (tabla 1).

Tabla 1: Términos DeCs, MeSH y lenguaje libre

DeCS	Termino MESH	Lenguaje libre
Insuficiencia Renal Crónica	“Renal Insuffiency, Chronic”	
Terapia de Reemplazo Renal	“Renal Replacement Therapy”	
Toma de decisiones	“Decision Making”	
Enfermería	“Nursing”	
Calidad de Vida	“Quality of Life”	
-	-	Predialysis / Prediálisis
-	-	Advanced Chronic Kidney Disease / Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Fuente: *Elaboración propia*

Límites de búsqueda:

- Artículos publicados en los últimos 5 años (2015-2020)
- Artículos publicados en idioma inglés o español

Se han utilizado los operadores booleanos AND, para limitar la búsqueda; y OR para incluir términos similares. Para realizar la búsqueda y seleccionar los resultados que mejor se adapten al tema a tratar se han establecido una serie de criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Estudios cualitativos, cuantitativos y revisiones narrativas que se centren en el objetivo de estudio.
- Artículos que traten sobre la ERC en estadios IV y V en población adulta.

Criterios de Exclusión:

- Artículos que traten específicamente alguna modalidad de terapia sustitutiva renal.
- Artículos que no tengan estructura propia de texto científico: introducción, método, resultado y discusión (IMRyD).
- Artículos que no aborden el tema a tratar.

Tabla 2: Búsqueda en PUBMED

Estrategias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading]) AND "predialysis"[All Fields])	1	0
("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND "predialysis"[All Fields] AND "nursing"[All Fields])	25	2
("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND "Decision Making"[MeSH Terms] AND ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading]))	10	1

("Advanced"[All Fields] AND ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND "Renal Replacement Therapy"[MeSH Terms] AND ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading])))	9	1
"advanced chronic kidney disease"[All Fields] AND "Nursing"[All Fields]	32	2
("advanced"[All Fields] AND ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND "Quality of Life"[MeSH Terms]) AND "Nursing"[All Fields])	18	1
((“advanced chronic Kidney disease”[All Fields] AND “quality of life”[MeSH Terms] AND “nursing”[All Fields])	7	1
<i>Total</i>	-	8

Fuente: *elaboración propia*

Tabla 3: Búsqueda en CINHALL

Estrategias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
(MM "Renal Insufficiency, Chronic+") AND (MM "Renal Replacement Therapy+") AND (MM "Nursing Care+")	38	0
renal insufficiency, chronic AND renal replacement therapy AND nursing	5	1
"Advanced" AND renal insufficiency, chronic AND decision making AND nursing	3	0

“advanced chronic kidney disease” AND nursing	18	3
"advanced" AND renal insufficiency, chronic AND quality of life	41	1
predialysis AND nursing	5	2
<i>Total</i>	-	7

Fuente: *elaboración propia*

Tabla 4: Búsqueda en SCIELO

Estrategias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
(predialysis) AND (nursing)	0	0
(renal insufficiency chronic) AND (nursing)	0	0
(renal insufficiency chronic) AND (renal replacement treatment)	0	0
(advanced chronic kidney disease) AND (nursing)	2	0
(advanced chronic kidney disease) AND (quality of life)	11	3
<i>Total</i>	-	3

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 5: Búsqueda en CUIDEN

Estrategias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
("predialysis") AND ("nursing")	4	0
("renal insufficiency chronic") AND ("nursing")	0	0
("renal insufficiency chronic") AND ("renal replacement treatment")	0	0
("advanced chronic kidney disease") AND "nursing"	7	2
"enfermedad renal crónica avanzada" AND "enfermería"	14	2
("enfermedad renal cronica avanzada") AND ("calidad de vida")	7	0
<i>Total</i>	-	4

Fuente: Elaboración propia

Tras la búsqueda en las bases de datos se encontraron 257 resultados. Posteriormente, se realizó una lectura de título y resumen, y a continuación se realizó la lectura completa del artículo. Finalmente, quedaron seleccionados 21 documentos. Se incluye un artículo de 2014 por su pertinencia con el objeto de estudio.

RESULTADOS

Se han analizado un total de 22 artículos (ver anexo II). Los resultados obtenidos en dichos documentos se han distribuido en tres categorías de análisis. Esta distribución de los artículos se ha considerado pertinente para ayudar a organizar la información.

1. Actividad enfermera en la consulta

Los artículos encontrados, describen actividades realizadas por la enfermera en la consulta ERCA y los objetivos o requisitos que se deben conseguir en esta, algunos de ellos abordan actividades de manera generalizada y otros, describen la consecución de dichos objetivos de manera específica.

Prieto Velasco, et al. (12) analizan los requisitos que debe cumplir la consulta ERCA, desde el punto de vista de distintos profesionales con amplia experiencia en esta. Describe variabilidad en cuanto a implantación, organización y funcionamiento de estas consultas, y relata diferencias entre ellas tanto en el entorno nacional como internacional, y establece el requisito de que cada unidad debe definir de manera clara los criterios de derivación a estas, así como un registro de la actividad asistencial realizada, y disponer de herramientas y material educativo basado en la evidencia científica, que apoye el trabajo de los profesionales para alcanzar una asistencia de calidad. Sánchez Rodrigo, et al. (13) en su experiencia de implantación de una Unidad Nefrológica de Atención Continuada añade que, a pesar de los diferentes nombres, este tipo de consultas han mostrado eficacia con resultados favorables en los pacientes, disminuyendo el coste sanitario y los ingresos hospitalarios, concordando con Forero Villalobos, et al. (14) que muestran como la consulta liderada por un profesional de enfermería es eficaz para disminuir el avance de la enfermedad. Se consigue mediante intervenciones precoces, tanto educacionales como asistenciales, que reducen la morbilidad de estos pacientes. Entre ellas, destacan aquellas que aumentan el nivel de conocimientos mostrando que reducen los niveles de ansiedad y temor de los individuos y mejoran el pronóstico o expectativas del tratamiento. Las autoras describen el papel de la enfermera como muy importante, ya que obtiene índices de satisfacción elevados, en comparación con las consultas ERCA compuestas exclusivamente por nefrólogos. Los pacientes destacan del personal de enfermería su

actitud, su compromiso y su amabilidad en la atención recibida, así como la disposición de mayor tiempo para atender sus necesidades y preguntas.

Los tres artículos (12-14), coinciden en el foco u actividades principales que se realizan en la consulta: educación dirigida a retrasar la progresión de la enfermedad, cuyo propósito es prevenir y tratar complicaciones y promover hábitos de vida saludables; asesorar en el proceso de elección de tratamiento renal, y asegurar la adherencia terapéutica a la consulta.

Bonilla León, FJ (15) expone que, a través de la educación proporcionada por la enfermera en esta consulta, se aumenta el nivel de conocimientos y el interés de los pacientes sobre el proceso de la enfermedad, así como su autocuidado y su percepción de salud en el ámbito físico, social y emocional, además, de mantener sus parámetros bioquímicos en valores estables. Asimismo, muestra una asociación directa entre la educación y el inicio programado de la diálisis, el aumento de la supervivencia incluso durante los primeros seis meses de tratamiento, la disminución de los ingresos hospitalarios antes y después de la diálisis, y la adherencia a la consulta. El autor considera que la asistencia a esta constituye un factor de mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

a. Actividades centradas en retrasar el inicio de la enfermedad

Las actividades centradas en retrasar el progreso de la enfermedad incluyen promover hábitos de vida saludables, restringir hábitos tóxicos y educar acerca del proceso de enfermedad, así como control de signos y síntomas.

Calvo-Lobo, et al. (16) describen la experiencia de implementar un programa de ejercicio aeróbico en la consulta, donde muestra que tras un mes realizando actividad física, se mejoraba de manera significativa las manifestaciones y carga de la enfermedad, percibiendo los pacientes mejora sintomática y del estado de salud y una diferencia significativa en el valor de creatinina/peso, aunque no se expresaron beneficios en el resto de los valores de función renal. Los autores resaltan la falta de consenso a la hora de prescribir la duración, la intensidad y el tipo de ejercicio en estos pacientes, aunque en cada caso debe ser individualizado, debido al elevado riesgo cardiovascular que presentan, pero expone, que puede aportar beneficios al estado de salud de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Torres Torradeflot, et al. (17) muestran los resultados de una intervención educativa enfocada en la nutrición y revelan que, de su población de estudio tras dos meses de restricción dietética, los pacientes presentaban mejoría en los valores de colesterol, potasio, fósforo y ácido úrico séricos además de una disminución significativa del peso y de la presión arterial media. El 63% de ellos mantenían estable su función renal, por lo que las autoras deducen que las intervenciones nutricionales son efectivas. Aunque mencionan no haber valorado el seguimiento, ni la implicación del paciente a estas intervenciones, sino simplemente analizaron los resultados. En esta línea Martínez Villaescusa, et al. (18) consideran que las dietas en este tipo de pacientes son demasiado restrictivas, limitantes, insípidas y monótonas, y en ocasiones no garantizan un aporte nutricional adecuado. En su muestra, entre el 20-29% de los individuos presentaban malnutrición y sobrepeso, por lo que su intervención dietética fue enfocada a disminuir las restricciones, incentivar diferentes métodos culinarios y el uso de especias y condimentos para mejorar el sabor de los platos, adaptándose a las particularidades de cada paciente. Aunque no muestran cambios significativos en el peso, física y mentalmente los pacientes percibían mejoría en su estado de salud y aumentaron la variedad de alimentos que podían comer y su interés por la nutrición. Ambos artículos, destacan la importancia del abordaje nutricional por parte de enfermería para el mantenimiento de la función renal y la prevención de complicaciones.

Forero Villalobos, et al. (14) y Sánchez Rodrigo, et al. (13) mencionan actividades relacionadas con la promoción de la salud, restringiendo hábitos nocivos como el alcohol o el tabaco, así como la importancia de evitar la medicación con propiedades nefrotóxicas y la profilaxis en las pruebas con contraste yodado. En cuanto a actividades asistenciales destacan que la enfermera debe revisar y hacer un seguimiento de los controles analíticos, de la presión arterial y del peso de los pacientes.

Sánchez Rodrigo, et al. (13), Forero Villalobos, et al. (14) y Bonilla León, FJ (15), coinciden con que la enfermera debe realizar una revisión de la pauta vacunal, en concreto del virus de la Hepatitis B, y administrar dicha vacuna en fases tempranas de la enfermedad.

b. Proceso de elección de tratamiento

Campbell-Crofts, et al. (19) describen los primeros conflictos que tienen los pacientes cuando se les plantea la idea de empezar diálisis, iniciar una terapia renal sustitutiva (TRS) o no, y cuál sería la opción adecuada. Esta decisión, está profundamente marcada por la incertidumbre de cuál es el mejor momento para empezar, debido a la percepción de bienestar de los pacientes. Esto, unido a lo invasivas que son las terapias, y a la naturaleza silente de la enfermedad, que no presenta síntomas limitantes hasta el último estadio, genera rechazo ante la idea de empezar una TRS. De esta manera, los pacientes solo aceptan la diálisis cuando es absolutamente necesario, retrasando todas las intervenciones tanto quirúrgicas como educativas preparatorias necesarias para empezar, ya que muchos de los individuos perciben el tratamiento como algo lejano, y piensan que su función renal permanecerá estable de manera indefinida. Esto conlleva a un inicio no programado de las terapias y con ello, mayor ansiedad y presión por la toma de decisiones anticipadas. Cirera Segura, F (20) añade que el 50% de los pacientes que inician TRS, lo hacen de manera subóptima por un inicio no programado. Este comienzo puede ser de forma urgente por agudización de la enfermedad, por no tener un acceso vascular maduro o preparado, o en una técnica no elegida por ellos. Lo que suele derivar en la entrada en hemodiálisis con un catéter central, que conlleva una peor situación clínica y emocional, y mayores tasas de morbilidad y mortalidad para el paciente. El autor resalta que la consulta de enfermería y la derivación temprana a esta es eficaz, y evitaría un inicio subóptimo de diálisis, siendo la diálisis peritoneal la modalidad de tratamiento más elegida una vez los pacientes están informados de las opciones disponibles.

Relacionado con el inicio no programado de las terapias Henry, et al. (21) describen la experiencia como un proceso de miedo e incertidumbre, y señalan las variables que llevan a los pacientes a posponer la preparación a estas terapias. Entre ellas destacan: el pensamiento de que la diálisis es una sentencia de muerte, la falta de conocimientos percibidos acerca de la enfermedad, de las distintas terapias y de los procesos quirúrgicos necesarios para iniciarlas, el miedo al cambio de estilo de vida, a las limitaciones y a no tener control sobre estas. A pesar de estos sentimientos, la percepción de los pacientes sobre la información dada por los profesionales fue descrita como buena y suficiente. Sin embargo, tanto los pacientes de grupo de inicio óptimo, como los del subóptimo, refieren su experiencia emocional como mala. Por ello, los autores sugieren promover intervenciones para preparar emocionalmente a los pacientes, por ejemplo, darles acceso

a grupos de apoyo para compartir experiencias con otros pacientes, está bien valorado entre ellos. Es necesario que reconozcan y acepten el nuevo estilo de vida que van a tener y los beneficios que supone la diálisis para su estado de salud.

Loiselle et al. (22) dividen la toma de decisiones en cinco etapas, donde el paciente presenta diferentes dudas y necesidades en cada una, y los profesionales deben tener en cuenta en qué punto se encuentra el individuo para poder ofrecer la mejor atención posible. Describen el dilema de empezar o no diálisis como la primera fase de las necesidades percibidas por los pacientes. En su muestra poblacional, los individuos en este momento sienten ansiedad y miedo ya que asocian la diálisis a muerte y su primera reacción es el rechazo. Aceptar esta decisión, describen las autoras, es más fácil si hay una relación de confianza con el profesional y se incorpora a la familia de manera temprana en el proceso. Asimismo, añaden que una vez decidido iniciar diálisis y recibida la información, los pacientes necesitan tiempo para deliberar cómo afectará la terapia a su vida y con qué recursos cuentan para sobrellevarla, y por último necesitan validar su decisión con el apoyo de los profesionales y de la familia. Sin embargo, añaden que algunos de los pacientes se sintieron sobrepasados cognitiva y emocionalmente tras las sesiones educativas, además de relatar falta de seguimiento una vez realizadas estas sesiones. También describen la importancia de que los pacientes que ya estén recibiendo diálisis y quieran compartir su experiencia, estén entrenados para ser un elemento de guía y apoyo para los individuos que tienen que tomar su decisión ya que, en ocasiones, algunos pacientes relatan exceso de información no solicitada por parte de otros pacientes en las salas de espera de las consultas.

Con el objetivo de identificar los factores que influyen en la elección de qué terapia es la mejor opción, Aguilera, et al. (23) especifican que son fundamentales la información recibida y los valores del paciente. En su análisis de estos, detallan que los valores más destacados fueron: el personal sanitario, ser independiente, el impacto para la familia, la autonomía y la participación en el tratamiento. La elección de hemodiálisis (50,9% de la muestra) se asocia con valores relacionados con la seguridad, el impacto para la familia y el personal responsable del tratamiento; la DP (34,5%) o tratamientos domiciliarios se relacionan con la independencia, la libertad, el autocuidado y el mantenimiento del ocio y el trabajo, elegido mayoritariamente por los pacientes más jóvenes; y el tratamiento médico conservador (2,8%) se vincula a independencia, autonomía, impacto para la familia y ser cuidado por otros, elegido por pacientes más añosos. El estudio subraya la

importancia de que las enfermeras usen herramientas que ayuden a los pacientes a clarificar sus valores para conseguir los objetivos propuestos, y que sean razonables con la modalidad de tratamiento elegida. Chen, et al. (24) agregan que la edad, la baja autoeficacia, no recibir educación prediálisis, un nivel de conocimientos sobre las terapias deficiente y no percibir un buen apoyo de familiares y profesionales son variables que afectan negativamente en la toma de decisiones, creando mayor conflicto y dificultad en la elección.

Los pacientes que deciden no iniciar diálisis y tampoco son candidatos a trasplante renal, comienzan el tratamiento médico conservador (TC). Rhee, et al. (25) relatan la creciente evidencia acerca de que la diálisis, en concreto la hemodiálisis, puede no prolongar la supervivencia en ciertos subgrupos de enfermos con ERCA, sino que aumenta su mortalidad y está asociada a mayores índices de ansiedad y depresión, además de derivar en declive funcional. Especifican en el estudio, que los pacientes no beneficiarios de la diálisis son aquellos de edad avanzada, con elevada comorbilidad y enfermedades cardiovasculares de base. Saeed, et al. (26) concuerdan con lo expuesto por los anteriores autores, añadiendo cuáles son las causas por las que los pacientes eligen este tipo de tratamiento: mal pronóstico ligado a enfermedades no renales, necesidad de mantener la calidad de vida, malas experiencias relacionadas con diálisis de conocidos, y deseo de una muerte digna. Y agregan, que no siempre se oferta este tratamiento, ya que los especialistas no tienen suficiente experiencia para tratar temas relacionados con el final de la vida.

c. Adherencia terapéutica

Forero Villalobos, et al. (14) hacen referencia a la adherencia terapéutica en distintos ámbitos. Describe, que la complejidad del tratamiento farmacológico, el olvido de dosis o la falta de conocimiento sobre este, son variables que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico. Las costumbres alimenticias, la disponibilidad de alimentos, un mal control de la ingesta hídrica y las restricciones dietéticas dificultan la adherencia a las indicaciones nutricionales de los profesionales. Esto, sumado a la elevada comorbilidad de los pacientes, hace que no se eviten las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Tesfaye, et al. (27) añade, que la adherencia farmacológica en los pacientes ERCA, en los últimos estadios disminuye, llegando desde un 21 a un 74% de pacientes no cumplidores. En el estudio, los individuos que percibían una carga elevada de medicamentos, que tenían mayor autoeficacia y participación en su tratamiento, y pacientes jóvenes y obesos

eran los menos adherentes, siendo la medicación hipertensiva la más abandonada. Resaltan, que la no adherencia al tratamiento no está asociada con la pérdida de calidad de vida, pero sí muestra un marcado declive funcional con el paso del tiempo con respecto a los pacientes cumplidores.

2. Características de los pacientes con ERCA

Almutary, et al. (28) describen varios síntomas prevalentes y comunes en los individuos de su muestra: debilidad, dolor, trastornos del sueño, prurito, dificultad en la movilidad, ansiedad o disnea. E identifican que estas manifestaciones no aparecen aisladas, sino en grupos de síntomas, que ellos agrupan en: relacionados con la sobrecarga de volumen refiriendo disnea, tos o dolor de pecho; síntomas gastrointestinales manifestando náuseas, inapetencia, anorexia o vómitos; síntomas neuromusculares descritos como dolor muscular o articular, síndrome de piernas inquietas o entumecimiento de los miembros; síntomas psicológicos destacando la ansiedad y la depresión; y síntomas sexuales, siendo los más prevalentes la disminución del interés sexual o la disfunción eréctil. Asocian estos últimos, a los síntomas neuropáticos o como efecto secundario del tratamiento farmacológico, y muestran correlación entre estos y la ansiedad y la depresión.

En relación con los síntomas descritos, Caravaca, et al. (29) especifican que estos síntomas neuromusculares pueden ser confundidos en ocasiones con el dolor musculoesquelético crónico (DMEC), y no pueden ser atribuibles o confundibles con los síntomas urémicos ya que el 88% de los pacientes en su muestra padecían DMEC. Muestran en sus hallazgos el aumento de la prevalencia de dolor crónico cuando hay comorbilidad, especialmente insuficiencia cardiaca, ya que el 100% de la muestra lo padecía. Esto también explica la asociación de DMEC con la presencia de disnea y edemas. Asimismo, subrayan la importancia de tratar este malestar y dar al paciente alternativas analgésicas ya que revelan que una parte de los individuos utilizaban AINES para aliviar el dolor, aun conociendo el riesgo de su uso para la función renal.

Morillo Gallego, et al. (30) abordan las alteraciones cutáneas en este grupo de pacientes y apuntan que afectan al 80% de ellos en la etapa prediálisis, siendo frecuentes el prurito o la xerosis. Señalan que intervenciones nutricionales con dietas bajas en fósforo, ayudan a aliviar estos síntomas, y que esta actividad es fundamentalmente de enfermería. Igualmente, Moreno Egea, et al. (31) especifican que el 83% de los pacientes presentaba

insomnio, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas o somnolencia diurna. Estas alteraciones fueron descritas y percibidas como mala calidad del sueño y sensación de descanso inadecuada, disminuyendo la calidad de vida de estos. Las autoras indican, que no hay una etiología definida para estos trastornos, pero que están relacionados con una mayor sobrecarga de volumen, disnea, hipertensión y desequilibrio electrolítico.

3. Calidad de vida de los enfermos con ERCA

En relación con la calidad de vida, el estudio de Ruiz Parrado, et al. (32) sugieren que además de la función física y la percepción de salud, los ámbitos más afectados son el laboral y el sexual. Por el contrario, la función cognitiva y el apoyo percibido permanecen estables y destacan como los aspectos mejor conservados. Los autores describen que la edad es la variable que más perjudica la calidad de vida, asociada a mayor comorbilidad, fragilidad, y menor vitalidad. Los autores señalan no haber mostrado diferencia significativa de si el género influye en la calidad de vida.

Rebollo Rubio, et al. (33) describen que a medida que progresa la enfermedad, aumentan los síntomas asociados a ella, y que estos influyen de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes, y aunque las TRS alivian parte de la sintomatología, también conllevan cambios importantes en el estilo de vida. Destacando que aquellos pacientes en hemodiálisis tienen peor calidad de vida que aquellos en otras modalidades de tratamiento. Los autores también describen la relación entre la edad avanzada y la comorbilidad como un detrimento en la calidad de vida, siendo la función física y la vitalidad las más variables más perjudicadas. Y recalcan, que el dominio psicosocial del paciente influye significativamente en la ERCA, siendo necesario evaluaciones integrales de este aspecto.

De manera específica, Almutary, et al. (28) describen que un abordaje integral y multifocal centrado en grupos de síntomas, mejoraría el estado de salud de los individuos y con ello su calidad de vida. Martínez Villaescusa, et al (18) apuntan que las restricciones dietéticas no son necesarias si son extremas e impersonales, y afectan a la calidad de vida y bienestar de los individuos. Y Tesfaye, et al. (27) añaden que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico no es una variable que afecte directamente a la calidad de vida, pero sí genera un declive funcional en aquellos pacientes no cumplidores.

DISCUSIÓN

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada es una de las enfermedades crónicas con más prevalencia en la actualidad. Se hace necesario, la creación de consultas o unidades con estructura específica, para el abordaje y tratamiento de esta en los servicios de nefrología, y que cuenten con un equipo multidisciplinar, debido a la amplitud de intervenciones que se deben realizar en estas. Aun así, debido a la variabilidad de las consultas existentes, y a los diferentes criterios tanto de derivación como de inicio de diálisis, sería pertinente establecer un consenso igualitario de estos para asegurar que todos los pacientes obtengan la misma información y oportunidades de tratamiento, sin importar dónde sean atendidos. El estudio de Crews, et al. (34) asocia la inequidad existente en las consultas, a los diferentes criterios de derivación al especialista, a las características de los pacientes, al acceso vascular y al diverso uso o accesibilidad a las distintas modalidades de tratamiento.

Las consultas lideradas por una enfermera entrenada han mostrado evidencia de ser eficaces en disminuir la progresión de la enfermedad, con grados de satisfacción elevados con ella, ya que es la encargada de fomentar y empoderar al paciente para que mejore sus autocuidados y participe en su tratamiento. Las principales actividades encontradas en los resultados son de tipo educativo, asistencial y de asesoramiento, que concuerda con lo descrito en diversas guías y documentos de consenso sobre el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica (5, 9, 35), a pesar de su papel clave en el cuidado y tratamiento de estos pacientes, y la amplitud de intervenciones que pueden realizar, los distintos autores coinciden en afirmar que existe poca información que describa la diversidad de actividades que la enfermera puede llevar a cabo. Sería de gran valor para la profesión, que las propias enfermeras, realizaran una mayor descripción de sus actividades y logros en estas consultas.

A partir de los resultados obtenidos, aunque no todos los estudios evalúen de manera general las actividades de la enfermera sino objetivos específicos de esta, se puede afirmar que la consulta de enfermería a través de intervenciones educativas y de asesoramiento, pese a no estar implantada en todos los servicios de nefrología, muestra beneficios significativos, concordando con lo encontrado por otros autores (36,37) que muestran que estas actividades mejoran en un 71% el conocimiento y el interés del paciente sobre la enfermedad, con ello disminuye el nivel de ansiedad y aumenta el nivel de implicación

en sus autocuidados, de ahí que también mejore notablemente la adherencia a las indicaciones del profesional. De la misma manera, la adherencia a la consulta reduce la tasa de morbilidad y mortalidad de estos pacientes, disminuye los ingresos hospitalarios y el coste sanitario que estos conllevan. Se muestra que la asistencia y seguimiento de estas intervenciones aumentan la calidad de vida de los individuos. Aunque este coste no ha sido medido en ninguno de los artículos revisados, sería relevante una línea de investigación que aclare el ahorro al servicio sanitario que produce la consulta ERCA y el trabajo enfermero.

Debido a la diversidad de opciones de tratamiento, y a las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, los enfermos renales tienen la dificultad de elegir cual es el que mejor les conviene. En este sentido, los resultados muestran que la consulta de enfermería es fundamental para asegurar el inicio programado de este, a través de sesiones informativas, de asesoramiento y de apoyo. Existe controversia entre los autores acerca de cuál es el mejor momento para empezar la preparación a diálisis, algunos (19,20) apuestan por una derivación temprana a la consulta y con ello asegurar la toma de decisiones, en cambio, Loiselle, et al. (22) resaltan que algunos profesionales no recomiendan adelantar la fase preparatoria ya que conlleva preocupaciones innecesarias y ansiedad en muchos pacientes que no llegan a desarrollar fracaso renal. Las guías de práctica clínica (38) recomiendan empezar diálisis cuando hay una TFG inferior a 10 ml/1,73m, y exista sintomatología urémica o signos de malnutrición, pero la realidad es que el comienzo es generalmente tardío, como muestra el estudio de Gómez-Campderá, et al. (39). En este aspecto, los resultados coinciden en que una derivación temprana a la consulta disminuiría los inicios subóptimos de diálisis. Los autores concuerdan en que la complejidad, la ansiedad y el miedo están asociados a la elección y al comienzo de la terapia, siendo la baja autoeficacia, niveles de conocimiento reducidos, el cambio de estilo de vida, las restricciones hídricas y dietéticas, y la falta de apoyo tanto de la familia como de los profesionales, factores directamente relacionados con altos niveles de conflictividad a la hora de tomar decisiones, y generan retraso en el inicio del tratamiento, decepciones y mayores tasas de arrepentimiento con la modalidad elegida, derivando en elevados índices de inicio subóptimo de las terapias, como se ha evidenciado en la revisión. Hay que tener en cuenta que la muestra de los estudios cualitativos analizados es pequeña, no siendo generalizables sus resultados a toda la población.

Se hace necesario, la implantación de estrategias de preparación emocional para disminuir la ansiedad y el temor asociados a esta toma de decisiones.

En todos los estudios, una vez decidido el tratamiento, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal son las terapias renales más elegidas, así como las más estudiadas y descritas en la bibliografía, y ambas han mostrado resultados de morbimortalidad similares, de manera que dependerá de los valores personales y sociales, y las características y recursos del individuo cuál elegir. Un hallazgo encontrado en la revisión es que la DP es la modalidad terapéutica más elegida tras las sesiones informativas y preparatorias de la consulta estando en aumento su prevalencia, como muestra el Informe de Diálisis y Trasplante del 2019 (40), es elegido fundamentalmente por pacientes jóvenes que quieren mantener su independencia y autonomía. Otro hallazgo significativo es el aumento de la demanda del tratamiento conservador, que está asociado a la cada vez más elevada edad y comorbilidad de los pacientes atendidos, siendo curioso el hecho, de que en algunos de los artículos consultados (21,22,26-24) no se ofrece, o no se menciona este tratamiento como opción terapéutica, esto puede ser debido a la falta de formación de los profesionales en cuidados paliativos o falta de experiencia en el tratamiento del final de la vida, como se menciona en los resultados. Estas barreras coinciden con lo encontrado por Periz, et al. (41), que añade que aquellos pacientes en tratamiento conservador tuvieron más accesibilidad a cuidados paliativos y menos posibilidades de morir en el hospital, por lo que sería conveniente que se ofertaran todas las alternativas de tratamiento posibles, para que los pacientes puedan decidir libremente la opción que mejor se adapte a sus necesidades. Este es otro dato más que evidencia la inequidad en cuanto a accesibilidad al tratamiento en las consultas.

En base a los resultados analizados, el perfil de la población de la consulta ERCA es proporcional en cuanto a género siendo ligeramente superior el porcentaje de varones; de edad avanzada, con una media de edad de 65 años (25-97 años), generalmente con obesidad o sobrepeso y con más de dos comorbilidades siendo la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares las más prevalentes. Y cuyos síntomas más destacados son debilidad o cansancio, falta de movilidad, dolor neuromuscular y alteraciones del sueño, que concuerda con lo descrito por otros autores (4,42). Se evidencia la necesidad de abordajes multifactoriales que alivien estos síntomas, comunes en todos los pacientes, independientemente de la morbilidad o de estar en tratamiento,

donde las intervenciones nefro-protectoras muestran resultados positivos para mejorar el estado de salud de los pacientes, y con ello también su calidad de vida.

Con respecto a las limitaciones de esta revisión, es posible que existan evidencias relevantes para el tema de estudio que no se hayan podido recuperar por las estrategias de búsqueda realizadas.

Como líneas de investigación, se propone realizar estudios por las propias enfermeras de las consultas ERCAS en donde se describa las actividades que se llevan a cabo con los pacientes en una etapa clave como es la de prediálisis. Otra línea de investigación interesante sería explorar de manera más profunda las apreciaciones del paciente, debido a la falta estudios cualitativos identificados que muestren la percepción psicoemocional de los pacientes en esta etapa. Igualmente, sería interesante la realización de estudios coste-beneficio que identifiquen económicamente la disminución del coste sanitario que supone la aportación enfermera en una consulta ERCA.

CONCLUSIONES

Las actividades de la consulta de enfermería ERCA en la etapa prediálisis están enfocadas al retraso de la progresión de la enfermedad mediante actividades educativas, acerca del proceso de la enfermedad, enseñanza y tratamiento de signos y síntomas, prevención y control de complicaciones, adherencia al tratamiento y enseñanza nutricional.

En caso de que la función renal esté muy deteriorada, también se enfoca en actividades informativas, de asesoramiento y preparativas donde expone al paciente todas las alternativas disponibles de tratamiento, sus ventajas y desventajas, así como los factores personales, físicos, sociales y económicos de cada paciente y con qué recursos y apoyo cuenta, además de ayudarlo a clarificar sus valores personales, ajustándose a sus necesidades y creencias, y apoyar la decisión tomada.

Todas estas actividades, han mostrado beneficios claros en estos pacientes, mejorando su nivel de conocimiento sobre la enfermedad y haciéndoles partícipes y autónomos en su tratamiento. Mostrando índices elevados de satisfacción y eficiencia entre los individuos, además de disminuir de manera significativa las tasas de morbilidad y los ingresos hospitalarios.

Se evidencia lo fundamental que es la labor de enfermería la consulta ERCA, en la implementación y desarrollo de programas educativos y asistenciales de cuidado a los pacientes con enfermedad crónica renal avanzada. Dichas intervenciones son eficaces para disminuir las complicaciones y la ansiedad asociada a la enfermedad, aumentando el pronóstico de tratamiento de los pacientes, mejorando su estado de salud y su calidad de vida.

A pesar de identificar beneficios significativos del trabajo enfermero, sigue habiendo poca información por parte de los propios profesionales sobre la actividad realiza en este tipo de consultas, así como del estado psicoemocional de los pacientes ERCA en la fase prediálisis. Sería de gran valor para la profesión de enfermería la investigación y posterior publicación de trabajos sobre este tema.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Pilar Palazuelos su labor, dedicación y paciencia como guía y asesora en la realización de este trabajo. Igualmente, al profesorado del Dpto. de Enfermería por su formación y la oportunidad de rotar por unidades especiales como es la hemodiálisis que me ha permitido conocer y profundizar en este tema. Una mención especial al personal de la biblioteca de medicina por su labor con tutoriales, cursos y disponibilidad para el desarrollo de la estructura del trabajo.

Por último, agradecer a mis amigas y futuras compañeras enfermeras, y a mi familia, por el apoyo y soporte recibido durante estos meses de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope L, Graciani A, Santamaría R, de la Cruz JJ, et al. Prevalencia de enfermedad crónica renal en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrología [Internet] 2018 [consultado 1 Feb 2021]; 38(6): 606-615. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>
2. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional and national burden chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic análisis for Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet [Internet] 2020 [consultado 1 Feb 2021]; 395: 709-733. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
3. Carracedo J, Ramirez R. Fisiología Renal. Nefrología al día [Internet] 2020 [Consultado 5 Feb 2021] Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fisiologia-renal-335>
4. Gutiérrez Sánchez D, Leiva Santos JP, Sánchez Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol [Internet] 2015 [citado 2 Feb 2021]; 18(3): 228-236. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300010>
5. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Atención Primaria [Internet] 2014 [consultado 15 Feb 2021]; 46(9): 501-519. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.002>
6. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. [Internet] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [consultado 15 Feb 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf
7. Pelayo-Alonso R., Sáinz-Alonso RA, Cobo-Sánchez JL, Martínez-Álvarez P. Influencia del proceso educativo en la consulta de ERCA sobre la elección de tratamiento renal sustitutivo. Enferm Nefrol [Internet] 2020 [consultado 23 Feb

- 2021]; 23(3): 267–272. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020028>
8. Bardón Otero E, Marti i Monros A, Vila Paz ML. Enfermería en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Nefrología [Internet] 2008 [consultado 26 Feb 2021]; 28(S3): 53-56. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-enfermeria-en-la-consulta-de-articulo-resumen-X0211699508032297?referer=buscador>
 9. Choosing a Treatment for Kidney Failure. [Internet] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [consultado 10 Abr 2018] Bethesda. National Institute of Health. Ene 2018. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/choosing-treatment>
 10. Coronel F Coor. Guía de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Madrid. Sociedad Española de Nefrología. Disponible en: https://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173
 11. Pérez Tamajón L, Rufino Hernández JM, Hernández Marrero D. Evaluación del receptor de trasplante renal. Nefrología al día [Internet] 2020 [consultado 10 Abr 2021] Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-evaluacion-del-receptor-trasplante-renal-62>
 12. Prieto Velasco M, Del Pino y Pino MD, Buades Fuster JM, Craver Hospital L, Pons Prades R, Ruiz San Millán JC, et al. Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en España: una encuesta nacional sobre los estándares de estructura, recursos, resultados y seguridad del paciente. Nefrología [Internet] 2020 [consultado 26 Mar 2021]; 40(6): 608-622. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.06.006>
 13. Sánchez Rodrigo V, Mendoza Mendoza S, García García E, Baena Ruiz L, Pérez Ramos C, López Salas J, Fernández Vega E. Unidad Nefrológica de Atención Continuada. Experiencia de un Hospital Universitario. Enferm Nefrol [Internet] 2018 [consultado 26 Mar 2021]; 21(2):113-122. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000200002>
 14. Forero Villalobos J, Barrios Araya S. Rol de enfermería en la consulta prediálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol [Internet]

- 2016 [consultado 26 Mar 2021]; 19(1): 77-86. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000100008>
15. Bonilla León FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?. *Enferm Nefrol* [Internet] 2014 [consultado 26 Mar 2021]; 17(2): 120-131. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000200006>
 16. Calvo-Lobo C, Neyra-Bohorquez PP, Seco-Calvo J. Aerobic exercise effects in renal function and quality of life of patients with advanced chronic kidney disease. *Rev Assoc Med Bras* [Internet] 2019 [consultado 26 Mar 2021]; 65(5): 657-662. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.657>
 17. Torres Torradeflot MC, Gutiérrez Vilaplana JM, Craver Hospital L, Baigol Guilanyà M. Resultado de la intervención Enseñanza: Dieta prescrita en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol* [Internet] 2016 [consultado 26 Mar 2021]; 19(1): 12-19. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000100002>
 18. Martínez Villaescusa M, León Sanz M, López Montes A, Aguado García A, Pedrón Megías A, Martínez Díaz M, et al. Pero, doctor, ¿entonces qué puedo comer?. *Nutr Hosp* [Internet] 2019 [consultado 26 Mar 2021]; 36(4): 898-904. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02576>
 19. Campbell-Crofts S, Stewart G. How perceived feelings of “wellness” influence the decision-making of people with prediagnosis chronic kidney disease. *J Clin Nurs* [Internet] 2018 [consultado 26 Mar 2021]; 27(1): 1561-1571. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.14220>
 20. Cirera Segura F. Influencia de la consulta de acogida en diálisis sobre la elección del tratamiento renal sustitutivo. *Enferm Nefrol* [Internet] 2016 [Consultado 26 Mar 2021]; 19(3): 242-247. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000300006>
 21. Henry SL, Munoz-Plaza C, García Delgadillo J, Mihara NK, Rutkowski MP. Patient perspective on the optimal start of renal replacement therapy. *J Ren Care* [Internet] 2017 [Consultado 26 Mar 2021]; 43(3): 143-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jorc.12202>
 22. Loiselle MC, Michaud C, O'Connor AM. Decisional needs assesment to help patients with Advanced Chronic Kidney Disease make better dialysis choices.

- Nephrol Nurs J [Internet] 2016 [consultado 26 Mar 2021]; 43(6): 463-493. PMID:30550076
23. Aguilera Flórez AI, Linares Fano B, Alonso Rojo AC, Prieto Velasco M. Análisis del impacto de los valores personales en la elección de Tratamiento Renal Sustitutivo. *Enferm Nefrol* [Internet] 2017 [Consultado 26 Mar 2021]; 20(3): 209-214. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300002>
 24. Chen NH, Lin YP, Liang SY, Tung HH, Tsay SL, Wang TJ. Conflict when making dicisions about dialysis modality. *J Clin N* [Internet] 2018 [Consultado 26 Mar 2021]; 27(1-2): 138-146. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13890>
 25. Rhee CM, Nguyen DV, Nyamathi A, Kalantar-Zadeh K. Conservative vs. Preservative management of chronic kidney disease: similarities and distinctions. *Curr Opin Nephrol Hypertens* [Internet] 2020 [Consultado 26 Mar 2021]; 29(1): 92-102. PMID: 31743240
 26. Saeed F, Adams H, Epstein RM. Matters of life and death: why do older people choose conservative management?. *Am J Nephrol* [Internet] 2020 [consultado 26 Mar 2021]; 51(1): 35-42. doi: 10.1159/000504692. PMID: 31775149
 27. Tesfaye WH, McKercher C, Peterson GM, Castelino RL, Jose M, Zaidi ST, Wimmer BC. Medication adherence, burden and health-related Quality of Life in adults with predialysis chronic kidney disease: A prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2020 [consultado 26 Mar 2021]; 17(1): 371-384. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17010371>
 28. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Multidimensional symptom clusters: an exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease. *J Adv Nurs* [Internet] 2016 [Consultado 26 Mar 2021]; 72(10): 2389-2400. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12997>
 29. Caravaca F, Gonzales B, Bayo MA, Luna E. Dolor musculoesquelético en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet] 2016 [Consultado 28 Mar 2021]; 36(4): 433-440. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.024>
 30. Morillo- Gallego N, Merino-Martínez RM, Sánchez-Cabezas AM, Alcántara-Crespo M. Alteraciones de la piel en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Una revisión sistemática. *Enferm Nefrol* [Internet] 2019 [Consultado

- 28 Mar 2021]; 22(3): 224-238. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300002>
31. Moreno-Egea A, Romero-Reyes M, Gómez-López MV, Crespo-Montero R. Alteraciones del sueño en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol* [Internet] 2020 [Consultado 28 Mar 2021]; 23(3): 259-266. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020027>
32. Ruiz Parrado MC, Gómez Pozo M, Crespo Garrido M, Tierno Tendero C, Crespo Montero R. Análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa prediálisis. *Enferm Nefrol* [Internet] 2017 [Consultado 28 Mar 2021]; 20(3): 233-240. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300006>
33. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología* [Internet] 2015 [consultado 28 Mar 2021]; 35(1): 92-109. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v35n1/revision.pdf>
34. Crews DC, Novick TK. Achieving equity in dialysis care and outcomes: The role of policies. *Semin Dial* [Internet] 2020 [Consultado 12 abril 2021]; 33(1): 43-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sdi.12847>
35. Arribas Cobo P, Miranda Camarero MV, Hernández Meca ME, Vinagre Rea GM. Protocolo de educación sanitaria del paciente con enfermedad renal crónica avanzada en: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editores: *Procedimientos y protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica*. 1ª edición. Madrid. Aula Médica 2013. 13-17. Disponible en: <https://formacion.seden.org/aulamedica/procedimientos-seden/files/assets/basic-html/index.html#31>
36. Huaman-Carhuas L, Gutiérrez-Crespo HF. Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol*. [Internet] 2021 [Consultado 17 Abr 2021]; 24(1): 68-76. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021007>
37. Álvarez Pérez R, Velasco Ballesteros S. La consulta de prediálisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. *Enferm Nefrol* [Internet] 2007 [consultado 16 Abr 2021]; 10(3): 6-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000300002&lng=es

38. Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy. Guideline 1: Initiation of dialysis [Internet] Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations. NKF KDOQI Guidelines [Consultado 12 Abr 2021] 2006. Disponible en: http://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/hd_guide1.htm#hdttable3
39. Gómez-Campderá FJ, Orte L, Aguilar MD, Fernández Giráldez E, Lázaro P, Sanz Guajardo D; INESIR Group. Situación clínica del paciente en el momento de iniciar diálisis. Estudio INESIR. Nefrología [Internet] 2006 [Consultado 16 Abr 2021]; 26(S3): 12-18. PMID: 17469422.
40. Mahillo Durán B. Informe de diálisis y trasplante 2019 (datos preliminares). Registro Español de Enfermos Renales. 2020. Disponible en: https://www.senefro.org/contents/webstructure/INFORME_REER_SEN_2020_WEB_SEN.pdf
41. Andreu Periz L, Hidalgo Blanco MA, Moreno Arroyo C. Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica. Enferm Nefrol [Internet] 2015 [Consultado 16 Abr 2021]; 18(4): 303-307. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/08_bibliografia.pdf
42. Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos JP, Macías López MJ, Cuesta Vargas AI. Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5. Enferm Nefrol [Internet] 2017 [citado 17 Abr 2021]; 20(3): 259-66. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300010>

ANEXOS

ANEXO I

Tabla 1. Ecuaciones a utilizar para métodos de medida de creatinina con trazabilidad a IDMS (estandarizados)

Ecuación CKD-EPI

Etnia blanca:

Mujeres

$$\text{Creatinina} < 0,7 \text{ mg/dl FGe} = 144 \times (\text{creatinina}/0,7)^{-0,329} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

$$\text{Creatinina} > 0,7 \text{ mg/dl FGe} = 144 \times (\text{creatinina}/0,7)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

Varones

$$\text{Creatinina} > 0,9 \text{ mg/dl FGe} = 141 \times (\text{creatinina}/0,9)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

Etnia negra:

Mujeres

$$\text{Creatinina} < 0,7 \text{ mg/dl FGe} = 166 \times (\text{creatinina}/0,7)^{-0,329} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

$$\text{Creatinina} > 0,7 \text{ mg/dl FGe} = 166 \times (\text{creatinina}/0,7)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

Varones

$$\text{Creatinina} < 0,9 \text{ mg/dl FGe} = 163 \times (\text{creatinina}/0,9)^{-0,411} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

$$\text{Creatinina} > 0,9 \text{ mg/dl FGe} = 163 \times (\text{creatinina}/0,9)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$$

Ecuación MDRD-IDMS

$$\text{FGe} = 175 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times 0,742 \text{ (si mujer)} \times 1,21 \text{ (si etnia negra)}$$

Fuente: Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Rev. Nefrol 2014; 34(2): 243-62.

Tabla 2: Nueva forma de estadiaje de la enfermedad crónica renal en función del filtrado glomerular y de la albuminuria.

Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria: KDIGO 2012				Categorías por albuminuria, descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Categorías por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo renal	< 15			

ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes.

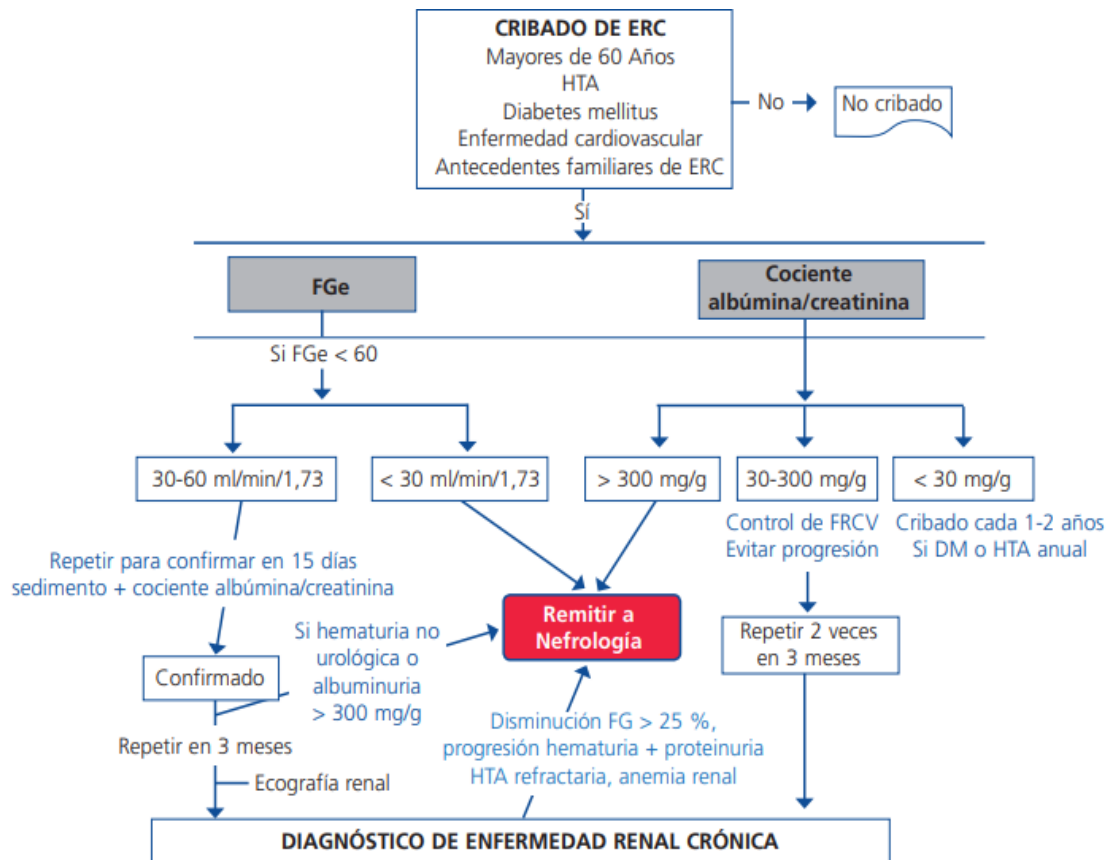
Nota: Los colores mostrarían el riesgo relativo ajustado para cinco eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal) a partir de un metaanálisis de cohortes de población general. El riesgo menor corresponde al color verde (categoría «bajo riesgo»; si no hay datos de lesión renal, no se puede catalogar siquiera como ERC), seguido del color amarillo (riesgo «moderadamente aumentado»), naranja («alto riesgo») y rojo («muy alto riesgo»), que expresan riesgos crecientes para los eventos mencionados. Reproducido con permiso de KDIGO⁶.

Cociente albúmina/creatinina: 1 mg/g = 0,113 mg/mmol. 30 mg/g (3,4 mg/mmol).

Como puede apreciarse, los estadios según el FG se denominan ahora G1 a G5 y se confirma la división del estadio 3 en dos subgrupos: G3a y G3b, división también útil para determinar la prioridad de la derivación y las diferencias de riesgo.

Fuente: Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Rev. Nefrol 2014; 34(2): 243-62.

Tabla 3: Criterio general de derivación al especialista en Nefrología desde Atención Primaria.



Fuente: Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Rev. Nefrol 2014; 34(2): 243-62.

ANEXO II

Tabla 1: Artículos seleccionados

Título	Tipo de estudio	Objetivo del artículo	Muestra/Población	Conclusiones
<p>Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (UERCA) en España: una encuesta nacional sobre los estándares de estructura, recursos y seguridad del paciente.</p> <p>Prieto-Velasco M, del Pino y Pino MD, Buades Fuster JM, Craver Hospital L, Pons Prades R, Ruiz San Millán JC, Salgueira Lazo M, de Sequera Ortiz P, Vega Díaz N.</p> <p>Año: 2020</p>	Estudio cuantitativo descriptivo	Conocer la estructura de las UERCA y cómo conseguir mejorar la calidad de vida del paciente, mejorar su supervivencia y disminuir la mortalidad	121 profesionales	El artículo muestra la primera propuesta de definición de estándares de calidad para el funcionamiento de una Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (UERCA) en España, consiguiendo establecer las bases para la estandarización de su organización
<p>Unidad Nefrológica de Atención Continuada. Experiencia de un Hospital Universitario</p>	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	Presentar el proceso de implantación y desarrollo de una	874 pacientes	La creación de una unidad de atención especializada en nefrología, sin hospitalización, es una alternativa válida para los pacientes con enfermedad renal. Su aplicación es necesaria en el

Sánchez Rodrigo, V.; Mendoza Mendoza, S.; García García, E.; Baena Ruiz, L.; Pérez Ramos, C.; López Salas, J.; Fernández Vega, E. Año: 2018		Unidad Nefrológica de Atención Continuada		sistema de salud ya que los datos presentados muestran beneficios y su desarrollo puede aportar información en un ámbito poco descrito.
Rol de Enfermería en la consulta prediálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada Forero Villalobos, J.; Barrios Araya, S. Año: 2016	Revisión narrativa	Identificar y evaluar la efectividad de la consulta prediálisis a través de la actividad enfermera	-	La consulta prediálisis ha demostrado ser eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad en los pacientes que sufren ERC avanzada. La enfermera, como responsable de esta, cumple un papel esencial en el proceso de educación y formación en estos pacientes.
Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada ¿Existe evidencia de su utilidad? Bonilla León, FJ. Año: 2014	Revisión narrativa	Conocer la evidencia científica sobre la utilidad de la educación sanitaria en pacientes con ERC avanzada	-	Se recogen resultados positivos de la educación en salud en la etapa prediálisis, y se evidencia la falta de estudio de este ámbito. Dentro de esta consulta es fundamental la labor de enfermería para desarrollar y llevar a cabo estos programas de educación sanitaria.

<p>Análisis del impacto de los valores personales en la elección del tratamiento sustitutivo renal</p> <p>Aguilera Florez, A.I.; Linares Fano, B.; Alonso Rojo, A.C.; Prieto Velasco, M.</p> <p>Año: 2017</p>	<p>Estudio descriptivo retrospectivo</p>	<p>Conocer los valores que influyen en la elección de TRS y analizar su relación con la modalidad elegida</p>	<p>281 pacientes</p>	<p>Los valores manifestados por los pacientes eran coherentes con la modalidad terapéutica elegida. Los más prevalentes fueron: independencia, impacto para la familia y personal sanitario responsable. Los profesionales deben ayudar a los pacientes a clarificar sus valores y ofrecer apoyo.</p>
<p>Influencia de la consulta de acogida en diálisis sobre la elección de tratamiento renal sustitutivo.</p> <p>Cirera Segura, F.</p> <p>Año: 2016</p>	<p>Estudio analítico prospectivo</p>	<p>Valorar la utilidad de la consulta de acogida para garantizar la elección del tratamiento</p>	<p>273 pacientes</p>	<p>Se puede afirmar que la consulta es eficaz a la hora de asegurar que los pacientes tomen una decisión sobre la terapia sustitutiva renal que prefieren. Después de recibir la misma información vengano o no de la consulta, hubo un aumento de la elección de diálisis peritoneal</p>

<p>Patient perspectives on the optimal start of renal replacement therapy</p> <p>Henry, S.L.; Munoz-Plaza, C.; Garcia Delgadillo, J.; Mihara, N.K.; Rutkowski, M.P.</p> <p>Año: 2017</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Caracterizar la experiencia de los pacientes que comienzan terapias sustitutivas renales</p>	<p>168 pacientes</p>	<p>Gran parte de los pacientes comienzan el tratamiento renal de manera subóptima, y el inicio de este genera sentimientos de miedo acerca los procedimientos preparatorios previos, y a menudo retrasan estos lo máximo posible. Se manifiesta la necesidad de implementar intervenciones de apoyo emocional y psicológico.</p>
<p>Decisional Needs Assessment to Help Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Make Better Dialysis Choices</p> <p>Loiselle, M.C.; Michaud, C.; O'Connor, A.</p> <p>Año: 2016</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Describir las necesidades que tienen los pacientes con ERCA en la toma de decisiones.</p>	<p>32 personas</p>	<p>Los pacientes describieron varias necesidades en cinco etapas durante el proceso de toma de decisiones. Si los profesionales se anticipan a estas necesidades, podrán desarrollar intervenciones de apoyo para cada una de estas etapas.</p>

<p>Medication Adherence, Burden and Health-Related Quality of Life in Adults with Predialysis Chronic Kidney Disease: a prospective cohort study</p> <p>Tesfaye, W.; Mckercher, C.; Peterson, G.; Castelino, R.; Jose, M.; Zaidi, S.; Wimmer, B.</p> <p>Año: 2020</p>	<p>Estudio analítico de cohortes</p>	<p>Examinar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida.</p>	<p>101 pacientes</p>	<p>El estudio indica que la no adherencia terapéutica es común en estos pacientes. La carga medicamentosa percibida es uno de los factores de no adherencia, que provoca un declive en la función física y con ello peor calidad de vida.</p>
<p>Conservative vs. Preservative management of chronic kidney disease: similarities and distinctions</p> <p>Rhee, C.; Nguyen, D.; Nyamathi, A.; Kalantar-Zadeh, K.</p> <p>Año: 2019</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>Revisar si el manejo conservador es una alternativa de tratamiento viable para los pacientes con ERCA</p>	<p>-</p>	<p>La supervivencia, la calidad de vida y la carga de enfermedad no reportan datos beneficiosos en ciertos subgrupos de pacientes ERCA tratados con diálisis, en comparación con aquellos tratados con manejo conservador. Aunque se necesitan más estudios sobre qué población se puede beneficiar más de estas terapias.</p>

<p>Matters of life and death: why do older patients choose conservative management?</p> <p>Saeed, F.; Adams, H.; Epstein, R.</p> <p>Año: 2019</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Describir el proceso de elección del tratamiento conservador (TC)</p>	<p>13 pacientes</p>	<p>Su experiencia muestra que la decisión de elegir este tratamiento se podía dividir en cuatro razones: mal pronóstico, deseo de mantener su calidad de vida, deseo de tener una muerte digna y mala experiencia previa en diálisis. Ofrecer esta modalidad requiere que los profesionales tengan una formación básica en cuidados paliativos.</p>
<p>Conflict when making decisions about dialysis modality</p> <p>Nien-Hsin, C.; Yu-Ping, L.; Shu-Yuan, L.; Heng-Hsin, T.; Shiow-Luan, T.; Tsae-Jyy, W.</p> <p>Año: 2018</p>	<p>Estudio descriptivo correlacional</p>	<p>Explorar el conflicto en la toma de decisiones que genera elegir TRS y los factores que influyen en esta.</p>	<p>70 pacientes</p>	<p>El estudio destaca la importancia del conflicto que genera la toma de esta decisión. Los individuos con baja autoeficacia, menor conocimiento sobre las terapias y menor apoyo percibido mostraron mayor conflicto. Las intervenciones de los profesionales se deben centrar en aumentar el conocimiento y la autoeficacia de los pacientes.</p>

<p>How perceived feeling of “wellness” influence the decision-making of people with predialysis chronic kidney disease</p> <p>Campbell-Crofts, S.; Stewart, G.</p> <p>Año: 2018</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Identificar los factores subjetivos que llevan a los pacientes con ERCA a tomar una decisión sobre las TRS</p>	<p>12 pacientes</p>	<p>Se identifican tres temas que presentan diferentes preocupaciones en estos pacientes, donde la percepción de bienestar y los síntomas silentes de la enfermedad son la mayor barrera que llevan a retrasar la toma de decisiones lo máximo posible que conlleva aumento de la ansiedad y sensación de presión.</p>
<p>So doctor, what could I eat then?</p> <p>Martínez-Villaescusa, M.; León, M.; Montes, A.; Aguado, A.; Pedrón, A.; Martínez-Díaz, M.; Gonzalvo, C.; García, Ll.; Pérez, A.; Azaña, A.; González, A.B.; Giménez, J.M.; García, C.; Botella, F.; Gómez, C.</p> <p>Año: 2019</p>	<p>Estudio analítico experimental randomizado</p>	<p>Determinar si un programa educacional de nutrición mejora la calidad de vida y si están justificadas las restricciones dietéticas en pacientes ERCA</p>	<p>75 pacientes</p>	<p>La calidad de vida de los pacientes con ERCA mejora tras la aplicación de un programa educativo nutricional personalizado minimizando las restricciones y prohibiciones dietéticas, ya que evidencian una nutrición deficitaria. De esta manera mejoran el conocimiento y el interés de los pacientes sobre su alimentación.</p>

<p>Resultado de la intervención</p> <p>Enseñanza: Dieta prescrita en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada</p> <p>Torres Torradeflot, M.C.; Gutiérrez Vilaplana, J.M.; Craver Hospital, L.; Baigol Guilanyà, M.</p> <p>Año: 2016</p>	<p>Estudio analítico cuasi-experimental prospectivo</p>	<p>Analizar la intervención</p> <p>5614 Enseñanza: Dieta prescrita, en pacientes ERCA en la primera consulta con la enfermera.</p>	<p>92 pacientes</p>	<p>Tras la primera visita a la consulta y la implantación de la intervención se observó una disminución del peso y valores séricos de potasio, fósforo, colesterol y ácido úrico, así como una reducción de la TAS. Y la función renal se mantuvo estable. Lo que muestra que esta actividad es efectiva en los pacientes con ERCA.</p>
<p>Aerobic exercise effects in renal function and quality of life of patients with advanced chronic kidney disease</p> <p>Calvo-Lobo, C.; Neyra-Bohorquez, P.P.; Seco-Calvo, J.</p> <p>Año: 2018</p>	<p>Estudio analítico cuasi-experimental prospectivo</p>	<p>Evaluar los efectos del ejercicio aeróbico en la función renal y en la calidad de vida de los pacientes con ERCA.</p>	<p>9 pacientes</p>	<p>El ejercicio aeróbico ha mostrado mejorar los parámetros de la función renal y la calidad de vida percibida en los pacientes con ERCA. Aunque no hay un protocolo unificado que describa el tipo de ejercicio, la intensidad o la duración.</p>
<p>Multidimensional symptom clusters: an exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease</p>		<p>Analizar la existencia de grupos de síntomas en la enfermedad renal crónica avanzada</p>		<p>Se han identificado cinco grupos de síntomas relacionados con la sobrecarga de volumen, síntomas gastrointestinales, neuromusculares, sexuales y psicológicos. La fatiga era el síntoma</p>

Almutary, H.; Douglas, C.; Bonner, A Año: 2016	Estudio descriptivo transversal		436 pacientes	más prevalente y común a todos los grupos. Se hace necesario un abordaje multifactorial para tratar los síntomas en este tipo de pacientes
Dolor musculoesquelético en pacientes con enfermedad renal crónica Caravaca, F.; Gonzales, B; Bayo, M.A.; Luna, E. Año: 2016	Estudio descriptivo transversal	Determinar las características clínicas y la prevalencia del dolor musculoesquelético en pacientes ERCA	1169 pacientes	El dolor musculoesquelético crónico es muy prevalente en estos pacientes, especialmente en mujeres obesas con insuficiencia cardiaca, diabetes o EPOC. Además, no muestra asociación entre este dolor y las alteraciones del metabolismo óseo-mineral
Alteraciones del sueño en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada Moreno-Egea, A.; Romero-Reyes, M.; Gómez-López, M.V.; Crespo- Montero, R. Año: 2020	Estudio descriptivo transversal	Analizar las principales alteraciones del sueño en pacientes con ERCA	119 pacientes	La mayoría de los pacientes presentaban alguna alteración del sueño y están relacionadas con mayor edad y elevada comorbilidad. La consulta de enfermería puede tener un papel fundamental en la detección y abordaje de estas alteraciones.
Alteraciones de la piel del paciente con enfermedad renal crónica avanzada.		Conocer las principales alteraciones y su		Las mayores alteraciones cutáneas en el paciente con ERCA son el prurito, la xerosis y la hiperpigmentación, llegando a la calcifilaxis como

Morillo-Gallego, N.; Merino-Martínez, R.M.; Sánchez-Cabezas, A.M.; Alcántara-Crespo, M. Año:2019	Revisión narrativa	prevalencia en los pacientes ERCA	-	complicación principal sobre todo en pacientes en hemodiálisis. La intensidad de los síntomas aumenta a medida que disminuye la función renal.
Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la enfermedad renal crónica avanzada en España. Rebollo-Rubio, A.; Morales-Asencio, J.M.; Pons-Raventos, M.E. Año: 2015	Revisión narrativa	Revisar los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida relacionada con la salud en ERCA en España	-	La ERCA influye en la calidad de vida sin importar el instrumento de medición utilizado. La medida de esta en la práctica clínica para abordar las dimensiones afectadas puede ayudar a mejorar el bienestar de los pacientes. La mayoría de los artículos revisados tratan el tema desde la perspectiva de alguna TRS.
Análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa prediálisis Ruiz, M.C.; Gómez, M.; Crespo, M.; Tierno, C.; Crespo, R. Año: 2017	Estudio descriptivo transversal	Analizar la calidad de vida en los pacientes ERCA estadio 5	32 pacientes	La calidad de vida de los pacientes con ERCA disminuye a medida que progresa la enfermedad siendo la función física, el estado de salud y carga de la enfermedad, la vitalidad, la situación laboral las más afectadas. La elevada edad y la comorbilidad también afectan a la calidad de vida.

Fuente: *elaboración propia*